



W.C.C. # de processos em andamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS**

**PROVIDENCE, SC.**

**TRIBUNAL DE ACIDENTES DE TRABALHO**

\_\_\_\_\_  
Nome do Empregado

\_\_\_\_\_  
W.C.C. #

\_\_\_\_\_  
**XXX-XX-**  
Número de Seguridade Social (4 últimos dígitos somente)  
- contra -

\_\_\_\_\_  
Companhia Seguradora

\_\_\_\_\_  
Nome do Empregador

\_\_\_\_\_  
Endereço da Companhia Seguradora

**Pedido de Autorização para Cirurgia Importante**

O abaixo assinado alega o quanto segue:

O empregador  foi  não foi determinado responsável de acordo com a Lei de Acidentes de Trabalho por uma lesão sofrida pelo empregado em \_\_\_\_\_. (se for aplicável, anexe uma cópia de qualquer contrato ou decreto determinando a responsabilidade)

O Dr. \_\_\_\_\_ afirmou que será necessário realizar uma cirurgia importante descrita a seguir para curar, aliviar ou reabilitar o empregado dos efeitos da lesão. A cirurgia proposta é \_\_\_\_\_.

O empregado concordou com o procedimento e passará pela cirurgia dentro de \_\_\_\_\_ dias.

Foi pedida a autorização para a cirurgia do empregador ou da companhia de seguros dele e a mesma ainda não foi recebida. (Anexe uma cópia de tal pedido).

Razões pelas quais o empregado solicita uma ordem unilateral concedendo a autorização para tal cirurgia.

\_\_\_\_\_  
Advogado do Empregado

\_\_\_\_\_  
Empregado

\_\_\_\_\_  
Endereço do Advogado

\_\_\_\_\_  
Endereço

\_\_\_\_\_  
Telefone do Advogado e N° da Inscrição na Ordem

\_\_\_\_\_  
Endereço

**ORDEM UNILATERAL**

A autorização para cirurgia é concedida para:

\_\_\_\_\_  
Nome do cirurgião

\_\_\_\_\_  
Endereço do cirurgião

\_\_\_\_\_  
Endereço do cirurgião

Tal cirurgia deverá ser realizada dentro de \_\_\_\_\_ dias a contar da data da presente ordem.

Nenhuma responsabilidade de nenhum tipo é imposta sobre o empregador ou a sua seguradora por esta ordem.

Datado neste dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

INSERIR:

POR ORDEM:

\_\_\_\_\_  
Juiz

\_\_\_\_\_  
Administrador

Instruções

Prepare o original e protocole o mesmo com o Escritório do Administrador do Tribunal de Acidentes de Trabalho, no Complexo Judiciário J. Joseph Garrahy, One Dorrance Plaza, Providence, Rhode Island 02903-3973.

Distribuição: Tribunal    Empregado/Advogado Médico    Empregador    Companhia Seguradora

Imprimir formulário